Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

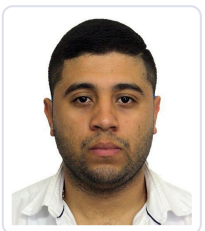
¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1083032285	SANTA MARTA	2016/02/25	16/07/2025, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CASTRO	FERNANDEZ	LUIS	ANGEL	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1998/01/25	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 16A #6-53	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
4356495	3008249603	luiscastrofer98@gmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO ARIANO

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	INSTITUTO ARIANO

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	CORPORACION UNIFICADA NACIC	2023

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
NO	NO	NO

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

VERSADO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE PÚBLICO DE TERCER Y CUARTO NIVEL DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA-MAGDALENA
DESDE EL AÑO 2019, CON EXPERIENCIAS EN DIFERENTES ÁREAS QUE SERÁN NOMBRADAS DE LA SIGUIENTE MANERA: (EN LA PARTE DE ABAJO ESTÁ EL CERTIFICADO DONDE INDICA QUE ESTUVE EN LAS 3 ÁREAS) ESTAMPILLAS, APOYO EN EL ÁREA A LA LIQUIDACIÓN DE LAS ESTAMPILLAS A LOS CONTRATISTAS, APOYO EN

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDI	PROFESIONAL	2025/01/01	2025/03/17

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
LUIS CASTRO MARRIAGA	3006262220	Padre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
EDER CASTRO LIZCANO	3168753435	Hermano (a)

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
SI	SI	SI	SI

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Protección	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.